

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges MOUTIER

Interne des Hôpitaux de Paris

DE LA LUXATION

DES

TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

Président : M. AUGUSTE BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges MOUTIER

Interne des Hôpitaux de Paris

DE LA LUXATION

DES

TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX



Président : M. AUGUSTE BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUI. LEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

*En reconnaissance de tous leurs
sacrifices.*

A MON ONCLE

Le Docteur E. OZO

*En témoignage de ma gratitude
et de ma profonde affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur AUGUSTE BROCA

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
de bien vouloir accepter la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur WALTHER

Chirurgien des hôpitaux

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur P. WIART

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. LAPOINTE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'honneur

*En témoignage de reconnaissance
pour l'enseignement si précieux qu'ils
nous ont donné dans leurs services.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

- M. le Professeur agrégé WALTHER (1911-1912).
M. le Docteur LEPAGE (*in memoriam*), 1912.
M. le Docteur SIREDEY (1912-1913).
M. le Professeur agrégé THIROLOIX (1913-1914).

Internat provisoire et internat

- M. le Docteur SAINTON (1914).
M. le Professeur agrégé Walther (1916).
M. le Docteur P. WIART (Tenon-Lariboisière
(1919)).
M. le Docteur A. MOUCHET (Saint-Louis, 1920).
M. le Docteur A. LAPOINTE (Saint-Antoine, 1921).
A MM. les Docteurs BAUMGARTNER, RUDAUX,
LEMAIRE, ROUX-BERGER, KUSS, médecins
et chirurgiens des hôpitaux de Paris.

A MES ANCIENS CAMARADES

DU 265^e ET DU 172^e RÉGIMENTS D'INFANTERIE
ET DE L'AMBULANCE 7/XI (1914-1919)

DE LA LUXATION

DES TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

INTRODUCTION

La luxation des tendons péroniers latéraux est la seule fréquente parmi les luxations tendineuses. C'est exceptionnellement que l'on a signalé des luxations des tendons du long chef du biceps brachial, du jambier postérieur ou du jambier antérieur. Les observations de luxation des péroniers sont par contre assez nombreuses.

Négligeant l'historique de la question, pour laquelle nous renvoyons à l'excellente thèse de Gauthier, nous essaierons de montrer dans ce court travail les causes prédisposant à la luxation, et de faire un choix parmi les multiples procédés opératoires décrits tant en France qu'à l'étranger. Mais avant d'entreprendre l'étude de la lésion elle-même, il nous paraît utile, pour en bien comprendre le mécanisme, de rappeler brièvement comment à l'état normal les deux tendons péroniers latéraux sont solidement maintenus en arrière de la malléole péronière. C'est comme nous le verrons la faiblesse de ces moyens de contention qu'il faudra le plus sou-

vent incriminer dans l'étiologie de la luxation tendineuse.

Nous allons donc décrire l'anatomie de la région de la malléole externe, d'abord telle que l'ont comprise les auteurs classiques, puis telle qu'elle a été plus récemment conçue.

ANATOMIE DE LA PORTION JUXTA-MALLÉOLAIRE DES TENDONS PÉRONIERS LATÉRAUX

Les tendons péroniers latéraux se dégagent très haut des corps musculaires, mais ils reçoivent encore par leur bord postérieur des fibres charnues, le long jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la base de la malléole, le court jusqu'au niveau même de cette base. Les deux tendons descendent accolés le long du péroné. Le tendon du long péronier, presque cylindrique, recouvre le tendon du court péronier plus étalé. Puis ils se réfléchissent à angle obtus, sur le bord postérieur de la malléole et sur le ligament péronéocalcanéen, pour passer, obliques en bas et en avant, sur la face externe du calcaneum. A ce niveau ils se séparent. Le court péronier va à la styloïde du cinquième métatarsien. Le long, qui le croise par-dessous, traverse toute la plante sous le cuboïde vers la base du premier métatarsien. Les deux tendons sur le calcaneum passent de part et d'autre du tubercule externe de cet os.

Les tendons décrivent autour de l'extrémité inférieure du péroné un trajet spiroïde. Cet enroulement est dû à la configuration de l'os.

Le péroné, à 10 centimètres au-dessus de la base de la malléole, est nettement triangulaire à la coupe. Sa

face externe lisse, convexe, recouverte des dernières insertions du court péronier latéral, est limitée par deux bords saillants, où s'attachent les deux aponévroses intermusculaires limitant la loge des péroniers.

Plus bas le péroné est de coupe quadrangulaire, la face externe est subdivisée en deux territoires, l'un postérieur, lisse, où viennent glisser les péroniers, l'autre antérieur, très rugueux, en contact direct avec les téguments. Cette face est limitée en arrière par le bord externe qui tend à devenir bord postérieur de la malléole ; en avant par le bord antérieur du péroné qui se bifurque. Il donne en effet, en dehors, cette crête oblique, qui va se continuer avec le bord externe de la malléole et qui sépare les deux territoires de la face externe du péroné ; en dedans le bord antérieur se rapproche du bord interne et tous deux fusionnés viennent former le bord antérieur de la malléole.

La malléole est un prisme triangulaire à base supérieure, à sommet inférieur, présentant trois faces et trois bords, face interne, articulaire, face antéro-externe, sous-cutanée, face postérieure, tendineuse, bord antérieur, d'insertions ligamenteuses, bord externe sous-cutané, lèvre externe de la gouttière tendineuse, bord postérieur enfin qui en haut se continue par un gros tubercule avec le bord externe du péroné, en bas s'excave en un rebord concave, sur lequel les tendons vont se réfléchir et qui sépare la gouttière tendineuse de la fossette si profonde d'insertion du ligament péronéo-astragalien postérieur.

La face postérieure, tendineuse, de la malléole présente deux gouttières plus ou moins profondes séparées par un petit tubercule. La superficielle loge le long péronier, la profonde le court péronier latéral.

Il nous reste à voir quelles sont les formations fibreuses, qui maintiennent les tendons péroniers contre cette gouttière osseuse.

Nous rappellerons d'abord la description de Heule, devenue classique en France telle qu'elle est exposée en particulier dans le *Traité d'anatomie humaine* de Poirier.

D'après cet auteur, l'appareil de contention des tendons est autonome. C'est le ligament annulaire externe. Il comprend deux renforcements séparés par un intervalle haut de 15 millimètres, où le ligament est très mince. Le renforcement supérieur — *retinaculum superius* — est formé de fibres détachées du bord externe de la gouttière rétromalléolaire et du sommet de la malléole et allant se terminer au tendon d'Achille. Le renforcement inférieur comprend des fibres péronéo-calcanéennes superficielles, et des fibres profondes, uniquement calcanéennes, nées au-dessous du tendon long péronier latéral, passant en fronde sur les deux tendons et se fixant immédiatement au-dessus de leur point de départ. Cette fronde est unique en arrière. En avant elle est double. En se fixant au tubercule du calcanéum, elle constitue un tunnel à chaque tendon.

A cette description classique, nous pouvons, avec Puyhaubert, opposer une conception, semble-t-il, plus logique de ces ligaments.

Une série de coupes étendues du milieu de la jambe à la pointe de la malléole, montre que ces retinacula ne sont que des épaisissements de la gaine jambière de ces tendons prolongée sur le cou-de-pied.

Examinons d'abord une coupe, au niveau du milieu de la jambe. Nous voyons que la loge des péroniers est quadrilatère. La face interne est osseuse. En avant est l'aponévrose intermusculaire antérieure. En dehors, l'aponévrose jambière superficielle. En arrière est l'aponévrose jambière profonde, détachée de l'aponévrose superficielle, qui va plus en dedans s'insinuer entre le triceps sural et les muscles profonds postérieurs et qui émet en avant, vers le bord externe du péroné, une cloison fibreuse séparant les péroniers latéraux du fléchisseur du gros orteil. On peut donc avec Puyhaubert individualiser une large aponévrose, qui, partie du bord antérieur du péroné, s'étend jusqu'au bord interne du tibia, et sépare les muscles du groupe achilléen, en arrière, des muscles péroniers et postérieurs profonds en avant : ces deux groupes musculaires sont eux-mêmes séparés par une cloison fibreuse fixée au bord externe du péroné.

A la partie inférieure de la jambe, un peu au-dessus de la base des malléoles, la coupe montre le péroné devenu quadrangulaire. L'aponévrose intermusculaire antérieure a disparu, la loge est devenue triangulaire. La paroi osseuse est maintenant antérieure. En dedans la loge est limitée par cette cloison musculaire intermédiaire aux péroniers latéraux et au fléchisseur péronier, qui tend à s'incliner en arrière et en dedans. En dehors la loge est

fermée par cette aponévrose jambière profonde, qui plus ou moins distincte de l'aponévrose jambière superficielle vient s'attacher avec elle sur la crête oblique du péroné. Elle forme devant le triceps sural un rideau de plus en plus épais et résistant.

Au niveau de la base des malléoles, où tous les muscles sont réduits à leurs tendons, la loge des péroniers se resserre, ses parois s'épaississent. La paroi osseuse est antérieure, excavée. Elle est limitée par deux bords, où s'insèrent des trousseaux fibreux épais ; l'externe représente l'aponévrose jambière profonde, l'interne la cloison intermusculaire postérieure. Il semble que les tendons soient compris dans un dédoublement de l'épaisse aponévrose jambière profonde.

La continuité de cette aponévrose est interrompue plus bas par la présence de l'astragale et du calcaneum. Les deux parois fibreuses de la loge vont se fixer sur l'extrémité postérieure de l'astragale, la paroi interne tendant à devenir antérieure, la paroi externe, postérieure. Cette paroi antérieure est bien distincte, on le voit, du ligament péronéo-astragalien postérieur, situé en avant de lui et inséré, non sur l'extrémité postérieure, mais sur la partie postérieure de la face latérale externe de l'astragale. Quant au ligament postérieur, qui représente le retinaculum supérieur, il est constitué par l'aponévrose jambière profonde et non pas par l'aponévrose jambière superficielle, feuillet mince et lâche étendu de la lèvre externe de la gouttière rétromalléolaire autour du tendon d'Achille. Au niveau de la malléole, il existe

donc un ligament en Y ; dans l'intervalle de ses branches sont les tendons péroniers.

Plus bas, la branche antérieure du rétinaculum ne va plus à l'astragale, mais au calcanéum tout près de sa surface articulaire. La branche postérieure, partie du sommet de la malléole, la rejoint. Ces deux branches, épaisses, résistantes, constituent le retinaculum inférieur des tendons.

Ces ligaments sont donc embryologiquement formatifs de la loge des péroniers, mais, ils doivent être regardés fonctionnellement comme des ligaments articulaires.

Il nous faut rappeler, en terminant cette étude anatomique, que pour faciliter les mouvements des tendons dans leurs loges fibreuses, une gaine séreuse leur est annexée. Commune dans la gouttière rétro-malléolaire, elle devient double dans la partie calcanéenne. En haut la séreuse s'arrête à la base de la malléole. En bas le cul de-sac du court péronier latéral s'arrête en arrière de l'interligne calcanéo-cuboïdien, celui du long péronier, plus étendu, communique souvent à l'entrée du canal cuboïdien sous le tendon avec la séreuse plantaire. Ajoutons enfin que la séreuse tendineuse communique parfois au-dessous du ligament péronéo-astragalien postérieur avec la synoviale articulaire.

Fréquence

La première observation indiscutable de luxation des tendons péroniers latéraux est celle de Monteggia en 1803. Depuis, cette affection n'a été que rarement signalée. Puyhaubert, en 1908, ne réunit

qu'une trentaine d'observations de luxations traumatiques et un seul cas de luxation congénitale, celui de Kramer. Depuis cette date, les observations semblent un peu plus nombreuses. Nous avons pu relever dans la littérature dix-sept observations nouvelles, dont quatorze de luxations traumatiques et trois de luxations congénitales. Sans doute les cas en sont-ils plus nombreux. D'autres ont pu être signalés pendant la guerre, dont nous n'avons pu trouver la relation. Malgré tout, cette lésion doit être considérée comme rare, et on affirme comme exceptionnelle sa variété congénitale.

Anatomie Pathologique

On décrit deux formes à la luxation des tendons péroniers, la luxation congénitale résultant de malformations originelles de la région malléolaire, et la luxation traumatique, où une cause fortuite, le trauma, a brusquement rompu les moyens de contention normaux des tendons derrière la malléole.

1° *Luxations congénitales.* — Kramer, Ehrich ont opéré des nouveau-nés atteints de luxation congénitale et ont constaté, le premier l'absence complète du système fibreux engainant normalement les tendons péroniers latéraux, le second l'aplasie du rétinaculum supérieur. De plus, la gouttière malléolaire et le sillon latéral qui la borde étaient à peine indiqués. Tellier, Monteggia ont trouvé un rétinaculum déformé distendu formant une gaine fibreuse élargie à l'intérieur de laquelle les tendons se luxaient.

Puyhaubert a disséqué un fœtus de huit mois et demi, atteint d'une luxation double des tendons péro-

niers latéraux. La gouttière osseuse n'existait pas. Nulle arête ne la limitait en dehors. La malléole se montrait à la coupe à peu près régulièrement arrondie. Les ligaments de la gaine étaient très altérés, et leur faiblesse contrastait avec l'épaisseur normale du ligament péronéo-astragalien postérieur. La branche extérieure du retinaculum était très faible. La branche postérieure, très mince partie du bord externe de la gouttière tendineuse, se recourbait sur la face externe de la malléole, entraînée par les tendons, et se perdait insensiblement dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans s'unir à la branche antérieure. Enfin le péroné, rejeté très en arrière, augmentait encore l'angle de réflexion des tendons derrière la malléole.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner des péronés secs de nouveau-nés. Mais nous avons souvent observé des radiographies de tout petits, et lors de pansements d'abcès périmalloéolaires, il nous a été possible plusieurs fois d'examiner des malléoles de tout jeunes enfants. A voir combien chez eux les reliefs osseux sont peu marqués, combien le péroné est presque cylindrique, il nous paraît difficile d'admettre comme lésion primordiale l'aplasie de la gouttière osseuse. On sait d'ailleurs, que, jusqu'à l'âge de deux ans, l'épiphyse inférieure du péroné est encore entièrement cartilagineuse. Aussi nous estimons que la seule lésion importante des luxations tendineuses congénitales est l'atrophie ligamentaire, la malformation de la gaine fibreuse des tendons.

2° *Luxations traumatiques.* — Au cours des interventions pratiquées pour luxation traumatique

des tendons péroniers latéraux, on a trouvé toujours des lésions ligamentaires. Jamais les ligaments de la gaine des péroniers latéraux, que la dissection montre pourtant épais et puissants, n'ont déterminé de fractures parcellaires du rebord externe de leur gouttière, c'est-à-dire du bord externe de la malléole externe. Il n'existe pas de cas de fracture marginale postérieure de la malléole.

La déchirure ligamentaire peut intéresser les deux renforcements de la gaine, les deux retinacula. La déchirure du seul ligament supérieur, ou ligament rétromalléolaire, est, semble-t-il, plus fréquente, mais la luxation tendineuse est beaucoup plus considérable, lorsque les deux retinacula sont rompus. Des recherches anatomiques, faites en particulier par Eden, ont montré en effet que seule la déchirure du ligament supérieur suffit pour laisser les tendons se luxer par-dessus la malléole péronière.

Hildebrand a étudié les altérations microscopiques de la gaine séreuse et de la sangle fibreuse des péroniers. La gaine séreuse, amincie en certains endroits, épaissie en d'autres, présentait des lésions inflammatoires chroniques analogues à celles de l'arthrite déformante. Quant à la gaine fibreuse, très amincie, elle montrait des altérations de dégénérescence scléreuse, que Hildebrand déclare être consécutives à des traumatismes légers répétés par contraction des péroniers luxés, mais qui, à notre avis, doivent être considérées comme des lésions primitives, nécessaires à la production de la luxation, comme nous allons essayer de le démontrer.

Etiologie

Dans certains cas la luxation traumatique des tendons péroniers latéraux est consécutive à un traumatisme très violent. Le blessé se tord le pied en dedans et fait un brusque effort pour se redresser (König); ou bien, tombant en arrière, il essaie, par une contraction soudaine, de se rétablir. Parfois le blessé essaie au contraire d'éviter une chute en avant (Tranchant).

Mais souvent, le traumatisme en cause n'est pas très violent, et dans la majorité des observations on relève des traumatismes de peu d'importance. La luxation survient lors de promenades à cheval, de parties de tennis, de mouvements de natation. La cause la plus fréquente semble être un faux pas au cours de la danse et la luxation des tendons péroniers latéraux s'observe principalement chez les danseurs.

L'anatomie des tendons péroniers latéraux explique bien que seule parmi les luxations tendineuses leur luxation soit fréquente. Les deux jambiers, antérieur et postérieur, ne sont que très peu réfléchis. Le tendon de la longue portion du biceps, qui se coude à angle droit sur la tête humérale, est solidement maintenu dans sa profonde gouttière osseuse par l'insertion si puissante du grand-pectoral.

Les péroniers latéraux, au contraire, ont des tendons, longs, fortement réfléchis, et relativement peu maintenus contre des gouttières peu profondes.

Seuls en effet des tendons longs peuvent se luxer, et c'est une des raisons pour laquelle, si l'un des deux tendons péroniers se luxe parfois isolément,

le déplacement du long péronier latéral, dont le tendon est beaucoup plus long que celui du court, est plus fréquent.

Seuls aussi des tendons réfléchis dans l'attitude normale du membre sont susceptibles de se luxer, et cela d'autant plus facilement, que l'angle de réflexion se ferme davantage dans certains mouvements. Les tendons péroniers, dans la position normale du pied décrivent autour de la malléole un angle obtus de 125 degrés. Cet angle augmente jusqu'à disparaître presque dans l'extension du pied. Dans la flexion dorsale du pied, au contraire, cet angle diminue, devient droit et même légèrement aigu. Aussi la flexion favorise-t-elle la luxation, tandis que l'attitude en équinisme lui est défavorable.

Enfin aucune lame tendineuse ne vient brider contre l'os les deux tendons, comme le grand pectoral le biceps. Les deux tendons ne sont appliqués sur la face postérieure de la malléole, que par des ligaments appartenant en propre à leur gaine. De plus la face osseuse ne présente que des gouttières très peu profondes, simple dépression plutôt que sillon, dont la hauteur est à peine accrue par un tubercule intermédiaire.

Il n'en reste pas moins cependant, que la luxation traumatique des tendons péroniers reste une *affection rare*. Dans l'immense majorité des cas de traumatismes portant le cou-de-pied soit en abduction, soit en adduction, soit en réalisant sa torsion, il résulte une entorse tibiotarsienne, ou une fracture malléolaire ou supra-malléolaire. Celle-ci peut déchirer la gaine des péroniers, mais transversalement,

non longitudinalement, et ne peut amener leur luxation. Les tendons péroniers sont déplacés, mais parallèlement à la malléole brisée. L'expérimentation portant sur un cou-de-pied normal a toujours déterminé des entorses ou des fractures, et jamais de luxation tendineuse.

Dans les rares cas où le squelette résiste, où la gaine fibreuse cède, il faut donc que celle-ci ait présenté auparavant des lésions qui diminuent fortement sa résistance. C'est dire toute l'importance des causes prédisposantes dans l'étiologie de la luxation des péroniers. Ces causes peuvent porter sur la gouttière osseuse ou sur la gaine fibreuse. Elles peuvent être acquises ou congénitales.

1° *Causes prédisposantes acquises.* — La luxation des tendons péroniers latéraux s'observe assez souvent chez des sujets qui ont présenté antérieurement une fracture ou une entorse tibiopéronière. Le cal succédant à une fracture marginale du péroné, à une entorse avec arrachement osseux parcellaire, peut effacer en partie la gouttière malléolaire, soulever et dégager les tendons péroniers. Nous n'attacherons pas beaucoup d'importance à ces causes. L'entorse tibiotarsienne est surtout une déchirure du ligament péronéoastragalien antérieur, jamais du péronéoastragalien postérieur, qui seul pourrait, lors de sa cicatrisation, repousser en arrière les tendons. Il est certain que les entorses sont souvent relevées dans les antécédents de ces blessés. Mais entorse et luxation sont des lésions de même nature. Toutes deux traduisent la déficience du tissu fibreux.

Quant aux fractures de la malléole externe, elles

peuvent, surtout dans certaines variétés obliques, refouler en arrière et en dehors, en même temps que le fragment, les tendons péroniers : mais on ne peut vraiment dans ce cas parler de luxation de ces tendons.

Plus importantes, à notre sens, sont les lésions acquises de la gaine fibreuse. Certains auteurs ont incriminé l'âge (toutes les observations portent sur des sujets jeunes), le rhumatisme (il ne se trouve signalé dans aucun cas). Balard d'Herlinville, dans sa thèse, a relevé comme cause à la dystrophie ligamentaire la paralysie infantile qui peut réduire le rétinaculum à une faiblesse extrême. Cependant chez deux malades atteints de cette affection nous n'avons pu déceler même une ébauche de luxation des tendons péroniers.

Enfin certains auteurs, depuis Lannelongue, ont fait jouer un rôle au pied plat valgus, qui déjette en dehors le cuboïde, et par suite les tendons péroniers. Il est certain que l'on note souvent la coexistence de cette affection avec la luxation tendineuse. Nous reviendrons plus tard sur les rapports qui unissent ces deux malformations.

2° *Causes prédisposantes congénitales.* — Les unes peuvent porter sur la gouttière osseuse.

Jarjavay, Albert (de Vienne), avaient déjà noté une malformation congénitale de la malléole, telle que celle-ci n'offrait aucune saillie en avant des tendons péroniers. Maydl insiste sur l'aplatissement de la gouttière malléolaire. Cheyne et Burchardt, Tillmanns, Monks affirment l'étroitesse de la gouttière osseuse.

Nous ne croyons pas qu'il faille attacher beaucoup d'importance à ces malformations osseuses. Bien des observations d'ailleurs ne les signalent pas. De plus, le sillon des tendons est normalement à peine marqué. Même chez les sujets très musclés, présentant des péronés cannelés, la gouttière est rarement très profonde. Elle contient toujours mal les tendons, qui ont tendance, dans la flexion et l'abduction du pied à s'en échapper. Nous avons examiné les pieds de nombre de sujets, et constaté que la torsion du pied faisait toujours saillir les tendons contre le bord externe de la malléole. Sur le cadavre, nous avons répété la même expérience après avoir sectionné la gaine fibreuse des tendons. Toujours dans les mouvements de flexion du pied associés à un certain degré de rotation externe ou interne, les tendons ont quitté leur gouttière même profonde et se sont luxés sur la face externe de la malléole.

Il nous semble donc que l'organe principal de contention soit la gaine fibreuse. Ses ligaments normalement sont puissants. La contraction brusque des péroniers est la cause la plus souvent invoquée de sa déchirure. On voit mal comment ces muscles relativement grêles pourraient rompre une gaine normalement si solide. Pouteau s'en étonnait déjà : « La force et la souplesse des gaines fibreuses et arcades ligamenteuses nous assurent qu'il faut de très grandes forces pour les déchirer et on ne voit pas de quelles façons les muscles feraient agir ces forces contre elles, sans courir eux-mêmes le risque de la rupture de leurs tendons : « Il faut donc admettre que la luxation ne se produit que chez des sujets,

dont la gaine tendineuse présente déjà des altérations soit congénitales, soit acquises qui diminuent sa résistance.

Si l'on recherche les antécédents des malades atteints de luxation traumatique, on note le plus souvent que l'accident a été précédé de toute une série de symptômes révélant la laxité ligamentaire du cou-de-pied. Ce sont des blessés qui se tournent facilement le pied, sont sujets aux entorses, ou même présentent, comme le blessé de Lexer, des luxations tendineuses à répétition. Pour certains auteurs, beaucoup d'entorses externes du cou-de-pied ne seraient que des déchirures partielles de la gaine des péroniers. Très souvent enfin il s'agit de patients ou de danseurs chez qui l'exercice journalier a relâché la sangle fibreuse et chez qui certains pas complexes ne sont justement possibles, que grâce à une faiblesse congénitale de ces ligaments. Tous les compte rendus opératoires insistent sur ces lésions de la gaine. Certains les attribuent à des traumatismes antérieurs. Nous croyons que dans la majorité des cas, sinon toujours, il faut incriminer une aplasie ligamentaire congénitale.

La distinction absolue que les auteurs admettent jusqu'à présent entre la luxation tendineuse congénitale et la luxation tendineuse traumatique nous semble donc devoir être aplanie. En examinant en série les pieds de nombreux enfants et adultes, nous avons pu constater que les tendons péroniers étaient très variablement maintenus derrière la malléole. Chez tous ces sujets nous avons essayé de faire saillir les tendons par la flexion et l'abduction du pied.

Alors que chez la plupart les tendons venaient presser contre des ligaments solides et restaient en arrière du bord externe de la malléole, chez un certain nombre au contraire, les tendons, moins bien fixés, avaient tendance à glisser et à venir saillir comme une corde au niveau du bord externe de la malléole, pouvant même croiser la pointe de la malléole. Chez trois enfants enfin nous avons pu trouver une véritable luxation congénitale récidivante des tendons péroniers, identique à celles rapportées comme si rares par Kramer et par Puyhaubert. Nous avons la certitude, que, si on soumettait à pareille expérience les pieds de nombreux individus, on trouverait très souvent cette luxation congénitale. Mais, ne déterminant aucune gêne, elle passe inaperçue.

De cette étude étiologique, nous concluons que la luxation traumatique est fonction d'un degré variable de luxation tendineuse congénitale. Un sujet possédant une gaine solide, normale, se fait dans la torsion du pied, soit une entorse du ligament péronéo-astragalien antérieur soit une fracture du cou-de-pied, malléolaire, ou de Dupuytren. Seul un sujet à gaine tendineuse congénitalement aplasiée, sera atteint de luxation des tendons péroniers.

Les luxations tendineuses en général, et plus spécialement la luxation des tendons péroniers latéraux rentrent donc dans le cadre des laxités articulaires. Aussi, en présence d'une luxation, congénitale ou traumatique, de ces tendons, serait-il utile d'examiner si les articulations du blessé ne présentent pas de mouvements anormaux. La coexistence de la luxation intermittente des tendons serait fréquente, à

notre avis, avec les laxités du coude (cubitus laxus, luxation intermittente du nerf cubital) ou des articulations sternoclaviculaires (saillie en avant de l'extrémité sternale de la clavicule refoulable en touche de piano).

Mécanisme

La luxation tendineuse est exceptionnellement de cause directe; les ligaments, dans l'observation de Worms, furent déchirés par le passage d'une roue de voiture. Dans la règle la force est une contraction brusque et violente des muscles péroniers latéraux s'exerçant dans une attitude telle que le tendon ait tendance à sortir de cette gouttière sous l'influence de cette contraction.

a) La flexion du pied favorise certainement la luxation tendineuse. Elle ferme en effet l'angle formé par les deux segments du tendon réfléchi. Dans toutes les observations, dans toutes les expériences cadavériques, on note que les tendons sont maintenus derrière la malléole dans l'extension du pied, glissent au contraire sur la malléole quand on le fléchit. Plusieurs auteurs signalent qu'il suffisait souvent aux blessés de porter des talons très hauts, maintenant le pied en extension, pour éviter la reproduction de la luxation.

b) L'abduction du pied pour les uns, l'adduction pour les autres seraient à incriminer. La luxation des péroniers peut survenir aussi bien dans l'une ou l'autre attitude.

La luxation survient à la suite d'une torsion du pied en dedans (Jarjavay, Blanluet, Ruotte, Kœnig,

Lexer, etc.). On peut admettre que l'adduction violente du pied, provoque la contraction violente de défense des péroniers, et est ainsi la cause de la luxation tendineuse.

L'abduction violente du pied (Kousmine, Kramer, Schneider) porte en dehors le cuboïde et par suite le long péronier latéral. Elle tend donc à faire glisser en dehors de leur gouttière les tendons.

Il n'existe ainsi qu'un désaccord apparent entre ces auteurs, et on peut admettre avec Ombrédanne, « que les tendons péroniers se luxent au moment, où le pied, étant en flexion, se renverse en dehors pendant la contraction des muscles péroniers, que le temps initial de l'accident ait été ou non un renversement du pied en dedans ».

Symptômes

Nous envisagerons successivement les signes de la luxation congénitale et ceux de la luxation traumatique des tendons péroniers latéraux.

I. — *Luxation congénitale*

Cette variété est considérée comme extrêmement rare, mais peut-être sa rareté tient-elle à ce que, ne déterminant aucune gêne de la marche, elle passe très fréquemment inaperçue.

Elle fut toujours reconnue au cours d'un examen fortuit. Kramer a l'attention attirée par les parents d'un nourrisson. Puyhaubert la remarque par hasard en examinant un fœtus de huit mois et demi et dans un second cas en étudiant les troubles de la marche

chez un pottique. Il en est de même pour le cas d'Ehrich, de même pour le cas de M. Mouchet, où l'examen complet fit découvrir du côté non traumatisé une lésion analogue à celle que le blessé accusait avoir été causée par l'accident, de même dans nos trois observations, où seule la recherche méthodique de la malformation nous permit de la découvrir.

Ces sujets ne se plaignent d'aucune gêne de la marche, d'aucune douleur. Peut-être se fatiguent-ils un peu plus vite. Les pieds appuient normalement sur le sol, mais dans la majorité des cas on signale un certain degré de pied plat valgus, une augmentation des surfaces d'appui plantaires. Mais rien n'attirerait l'attention, si l'examen du cou-de-pied ne montrait le déplacement, lors de certaines attitudes, des tendons péroniers latéraux.

La luxation peut être *intermittente* (Kramer, Puyhaubert, cas personnels). Elle n'existe réellement qu'à l'occasion des mouvements, et surtout des mouvements actifs. Lorsque le pied est au repos, les tendons ont leur situation normale. Dès qu'on fait porter le pied en abduction et en rotation externe, attitude qui amène la contraction du long péronier latéral, on voit l'un des deux tendons, le plus souvent le long, plus superficiel, ou les deux, sortir de derrière la malléole, brusquement, avec ou sans craquement et venir faire saillie sous la peau en un point variable de la face externe de la malléole. Fait-on étendre le pied, les tendons réintègrent aussi facilement leur gouttière. Les mouvements ne s'accompagnent d'aucune douleur. On peut passivement reproduire la luxation. En fléchissant fortement le

pied, et en le mettant, soit en abduction, position où le tendon long péronier est refoulé en dehors par le cuboïde, soit en adduction, attitude qui tend au maximum les deux tendons, on voit aussitôt les tendons glisser sur la malléole ; en étendant le pied, la déformation disparaît. A la palpation, on constate au repos que le tendon du long péronier latéral déborde plus ou moins la lèvre externe de sa gouttière.

Un degré de plus et la luxation est *permanente*. Le tendon se meut sur la face externe de la malléole. On peut l'y déplacer facilement, le replacer derrière la malléole — la luxation est *réductible* — mais il ne reste pas dans cette position et revient de lui-même sur la face externe de la malléole, — la luxation est incoercible. Exagérée par le flexion, elle ne se maintient réduite que dans l'équinisme.

L'examen général du squelette est le plus souvent négatif. La radiographie montre de façon très inconstante des modifications de forme (absence de gouttière) ou de situation (postériorisation) de la malléole. Parfois on constate un peu de laxité articulaire. Très souvent on note un certain degré de pied plat, d'affaissement de la voûte plantaire. Nous y reviendrons.

Cette affection survenue en dehors de toute violence, reste donc absolument latente au point de vue fonctionnel. Les tendons glissent parfaitement dans une gaine élargie et lâche. Celle-ci, lors d'un traumatisme, peut être déchirée. La luxation traumatique est constituée.

II. — *Luxation traumatique*

Elle s'observe presque uniquement, comme toutes les luxations traumatiques d'ailleurs, chez des adolescents ou des hommes jeunes.

Brusquement, à l'occasion d'un effort soit violent, le plus souvent peu important, le blessé ressent, à la partie postéro-externe de la jambe, une *douleur* vive, comparée à une piqure profonde, à un trait de feu traversant le cou-de-pied. Quelquefois il perçoit une sensation de *craquement*. Cette douleur, très intense, rend la marche impossible. L'impotence fonctionnelle est absolue.

Parfois la luxation tendineuse peut être reconnue et réduite, et les douleurs se calment rapidement. Plus souvent, dans les heures qui suivent, apparaît une tuméfaction volumineuse au niveau de la malléole externe et derrière elle. Cette tuméfaction rend l'exploration de la région très difficile. L'affection est considérée en général comme une entorse, et ce n'est que plus tard quand le gonflement disparaît que l'on met en évidence le déplacement des tendons péroniers. Ce gonflement s'accompagne souvent d'une ecchymose, en général minime, à siège rétro et sous-malléolaire.

Sous l'influence des bains chauds et du massage qui sont en général prescrits, l'amélioration fonctionnelle est rapide. Quelques jours après la marche est possible, les douleurs ont disparu, de même le gonflement.

L'exploration révèle alors la situation anormale des tendons. Ce déplacement est plus ou moins important.

Les tendons peuvent croiser la partie moyenne ou le bord antérieur de la malléole. L'angle de réflexion rétro-malléolaire n'existe plus. Les tendons constituent la corde de l'arc qu'ils décrivent normalement autour de la malléole, s'étendant en ligne droite de la face externe du péroné à la styloïde métatarsienne et à l'entrée de la gouttière cuboïdienne. La luxation peut être double, portant sur les deux tendons. Souvent aussi elle n'intéresse que le long péronier latéral, plus superficiel, plus long, plus étroit et par suite plus mobile que le court. Les tendons soulèvent la peau sous forme d'un ou de deux cordons arrondis, lisses, durs, roulant sous le doigt, plus saillants sur la malléole quand on met le pied en flexion exagérée et en abduction.

La luxation en généralest *réductible* et *récidivante*. En portant le pied en extension, soit par contraction, soit passivement, il est facile de refouler les tendons dans la gouttière rétromalléolaire, où ils rentrent brusquement parfois avec un claquement sec (aussi certains blessés pour maintenir leur luxation réduite portent-ils des talons hauts), mais ils en sortent avec la même facilité dès qu'on met le pied en flexion. Ces manœuvres de réduction et de reproduction de la luxation sont en général absolument indolentes. Elles s'accompagnent le plus souvent d'un bruit de claquement.

Parfois au contraire la luxation est permanente et irréductible. Robert a observé chez un blessé chez qui il n'avait pu obtenir la réduction, que les fragments de la gaine rompue, renversés en arrière, ne permettaient plus aux tendons de rentrer à leur

place. Parfois la luxation du long péronier latéral seule est irréductible, tandis que celle du court péronier reste réductible, comme dans le cas rapporté par Worms. Il peut, autour des tendons en luxation irréductible se reconstituer sur la malléole une nouvelle gaine fibreuse suffisante, en même temps que s'ébauche le creusement d'une nouvelle gouttière osseuse.

L'examen du squelette de la jambe et du pied ne montre en général aucune anomalie. La malléole est normale. Certains auteurs signalent cependant le peu de profondeur de la gouttière malléolaire. Les muscles péroniers ne sont pas atrophiés, les articulations voisines ont leur jeu normal, les mouvements du pied sur la jambe se font librement. Mais souvent on constate l'existence d'affaissement de la voûte plantaire, surtout lors de la marche, de pied plat.

Lannelongue a le premier signalé la concomitance du pied plat valgus avec la luxation spontanée. Depuis nous la trouvons notée dans de nombreuses observations. Les relations entre les deux affections semblent complexes. Le pied plat valgus favorise la luxation tendineuse. Il déjette en dehors le cuboïde et par conséquent les tendons péroniers. Par là, il supprime l'action de la poulie malléolaire, hors de laquelle les tendons sont attirés, laissant à la gaine seule le rôle de poulie de réflexion et facilite la distension lente et progressive de la gaine fibreuse. D'autre part la suppression de la courbure rétromalléolaire du long péronier relâche son tendon : le muscle joue mal son rôle si important de soutien de la voûte plan-

taire. A la longue même, quoique le fait soit rarement signalé, il peut s'atrophier.

La luxation traumatique des tendons péroniers s'accompagne de troubles fonctionnels très variables.

Le plus souvent, ils sont très minimes. Le blessé, observé par Tranchant, souffrait si peu de sa luxation, pourtant récidivante, qu'il refusa tout traitement. La même indolence se retrouve dans de nombreuses observations. Or dans les unes (Worms, B. Miller), la réduction est impossible, la luxation est permanente ; dans d'autres, par contre, la luxation est réductible et récidivante.

Parfois cependant le malade souffre. La luxation chronique des tendons péroniers devient une infirmité douloureuse et pénible (Kelly) et ces douleurs sont signalées aussi bien dans les luxations permanentes irréductibles que dans les luxations récidivantes. Dans certains cas (Guttièrèz, Lexer) à tout instant, plusieurs fois par jour ou même par heure, le blessé est arrêté par une douleur vive, une secousse douloureuse derrière la malléole. Il étend le pied, les tendons rentrent avec un bruit sec, ou bien il les refoule lui-même et tout est terminé jusqu'à ce que les tendons se luxent à nouveau.

A quoi faut-il attribuer l'existence ou l'absence de douleurs ? au fait que la réduction est récidivante ? Nous ne le croyons pas. Elle est indolente chez certains blessés qui jouent à déplacer leurs tendons sur la malléole comme une corde sur son chevalet. Nous pensons qu'il faut rattacher ces douleurs à des lésions de synovite chronique, de tendo-vaginite, et l'examen microscopique de la gaine que fit Hildebrandt,

lui montra nettement des altérations analogues à l'arthrite déformante.

La gêne de la marche est également très variable. Certains sujets n'ont aucun trouble, leurs péroniers ne sont pas atrophiés, la voûte plantaire est à peine abaissée. D'autres au contraire présentent des déformations accentuées, atrophie musculaire marquée, pied plat et troubles de la marche par faiblesse d'appui de l'avant-pied. Sans doute dans ces troubles il faut faire une part au raccourcissement du trajet du tendon du fait de la luxation, mais la cause principale nous semble être encore la coexistence de lésions inflammatoires chroniques.

Evolution

Nous serons brefs. Elle est à considérer suivant que la luxation a ou n'a pas été réduite.

Lorsque la luxation a été réduite, la guérison peut survenir si aucun déplacement ne se reproduit avant la cicatrisation complète des lésions. Pour Gosselin, ce processus de cicatrisation consisterait en une synovite plastique fixant le tendon en bonne place. Pour Maydl, la gaine fibreuse se reconstitue autour des tendons par une cicatrice assez solide pour que la fonction se rétablisse. Une nouvelle gaine séreuse se forme. Les tendons luxés recouvrent leur mobilité.

Lorsque la luxation n'a pu être réduite ou maintenue réduite, les tendons peuvent être maintenus sur la malléole par reconstitution d'une gaine (luxation chronique permanente irréductible). Parfois au repos la luxation existe, mais les tendons peuvent être facilement réintégrés dans la malléole d'où ils

s'échappent aussitôt (luxation chronique réductible et incoercible) ou bien où ils restent un certain temps (luxation chronique réductible). Parfois enfin les tendons sont normalement contenus derrière la malléole et n'en sortent que lors de certains mouvements du pied (luxation chronique intermittente).

Pronostic

Le pronostic semble donc très variable. Certaines luxations tendineuses traumatiques ne déterminent ni douleurs, ni gêne de la marche. D'autres s'accompagnent de douleurs, d'affaissement de la plante. Quant aux luxations congénitales, elles ne se traduisent par aucun trouble fonctionnel, et sont toujours découvertes fortuitement.

Diagnostic

La notion du tendon perçu en une place anormale, réductible ou non, est le signe caractéristique de la luxation des péroniers. Dans les premières heures, en raison du gonflement, ce signe n'est pas constaté, et on pense presque toujours à la lésion la plus fréquente, à l'entorse tibiotarsienne. Mais la douleur de l'entorse est plus antérieure, siégeant au niveau du ligament périnéo-astragalien antérieur, généralement déchiré. Dans une fracture malléolaire, la douleur est beaucoup plus marquée, l'ecchymose plus précoce et plus considérable. Enfin on peut observer de la mobilité anormale et de la crépitation osseuse.

Enfin la radiographie lèverait les doutes.

Traitement

En présence d'une luxation des tendons péroniers latéraux, on peut recourir soit à un traitement non sanglant, orthopédique, soit à un traitement sanglant chirurgical.

A. — *Traitement orthopédique*

Le traitement orthopédique semble être le seul indiqué dans les luxations congénitales, qui, dans aucun cas, n'ont amené de gêne bien sérieuse de la marche. Une bonne contention des tendons derrière la malléole les empêchera, lors d'un effort violent et brusque, de déchirer leur gaine affaiblie, de se luxer traumatiquement.

Dans les luxations traumatiques récentes il pourra être tenté. Il existe certains cas indiscutables de guérison spontanée de la luxation traumatique des tendons, celui de Tranchant par exemple. A plus forte raison sera-t-on en droit d'espérer la guérison, si on maintient la contention d'une luxation réduite. De plus, dans les premiers jours de la lésion tant que la période inflammatoire n'est pas passée, certains auteurs se refusent à tenter une réduction sanglante.

Parmi les luxations traumatiques anciennes, il en est un grand nombre, nous l'avons vu, qui ne déterminent ni douleurs, ni pied plat, ni gêne de la marche. Il semblerait exagéré dans ces cas, de proposer un traitement chirurgical, qui risque de dépasser le but, d'être un remède pire que le mal. Dans ces cas où la lésion est bien supportée le traitement

orthopédique constituera encore le traitement de choix.

Le traitement orthopédique sera d'abord dirigé contre les phénomènes inflammatoires du début. Tant que le gonflement n'aura pas disparu, on prescrira les massages légers, les bains chauds, la compression ouatée, bref le traitement d'une banale entorse. D'ailleurs la luxation des tendons péroniers n'est-elle autre chose, une fois réduite, qu'une entorse un peu spéciale ?

Enfin le traitement orthopédique devra assurer le maintien de la luxation réduite. Le repos au lit sera ordonné pendant au moins une quinzaine de jours, et on appliquera un appareil de contention qui sera maintenu cinq à six semaines. Les appareils qui ont été employés dans ce but sont multiples. On a proposé une compression bien serrée avec des bandes de toile ou de crépon, le port d'une guêtre de peau bien lacée, ou d'un appareil inamovible de silicate ou de plâtre. Reerinck a employé des bandes d'emplâtre adhésif appliquées perpendiculairement à la direction des tendons. Notre préférence va à l'appareil plâtré qui donne une contention parfaite. On bâtera une simple botte, remontant jusqu'à mi-jambe, descendant jusqu'aux orteils. On aura soin d'immobiliser le pied en extension, cette attitude favorisant la réduction de la luxation en diminuant l'angulation rétromalléolaire des tendons. Mais cette position ne sera maintenue qu'une dizaine de jours au maximum en raison du danger de l'ankylose en équinisme. On fixera ensuite le pied à angle droit, entre la flexion et l'extension et jamais en abduction

ou en adduction. On rembourrera fortement enfin la partie interne de la voûte plantaire de manière à éviter son affaissement. Le massage très précoce des muscles combattra l'atrophie pouvant résulter de cette immobilisation.

Une guérison durable est-elle possible par ce traitement non sanglant? La chose est certaine; il en existe des cas indiscutables. Mais dans la majorité des cas la contention n'est que temporaire. La gaine est reconstituée, mais par un tissu de cicatrice peu solide. Plus tard lors de nouveaux efforts, elle se rédéchirera, ainsi qu'il en est advenu dans l'observation rapportée par Lexer. On est alors obligé, si la luxation est douloureuse, mal supportée, de recourir au traitement chirurgical.

B. — *Traitement chirurgical*

Le traitement chirurgical est contre-indiqué dans les luxations congénitales qui n'amènent aucun trouble fonctionnel. Il sera donc réservé aux luxations traumatiques. Il faut envisager ses indications successivement pour les luxations récentes et pour les luxations anciennes.

Dans les luxations récentes, de nombreux auteurs de rejettent, ayant obtenu des résultats favorables par un traitement non sanglant. D'autres, au contraire, interviennent toujours, prétendant par l'opération raccourcir notablement la durée du traitement. Il nous semble que, dans les luxations récentes, on doive, au point de vue thérapeutique, faire le départ entre les luxations, souvent plus difficiles à réduire, mais qui ne montrent, soit en raison de la configu-

ration osseuse ou de la moindre étendue de la déchirure ligamenteuse, que peu de tendance à se reproduire, et les luxations incoercibles. Celles-ci sont très facilement réductibles, il est vrai, mais les tendons s'y reluxent avec la même facilité. Les premières ont toutes chances de se maintenir réduites dans la suite. Le traitement orthopédique leur conviendra. Les secondes se reproduisent inévitablement dès la levée de l'appareil de contention. Il vaut mieux ne pas s'attarder à un traitement orthopédique qui a toutes chances d'être illusoire, et recourir d'emblée à un traitement chirurgical.

Cette intervention suivra-t-elle immédiatement l'accident? Bien souvent, nous l'avons vu, la luxation des péroniers est méconnue, et le diagnostic n'est rectifié que quatre ou cinq jours après, lorsque tout gonflement a disparu. Même si le diagnostic est posé d'emblée, il nous paraît préférable à tous points de vue d'attendre la disparition de la réaction inflammatoire pour opérer. L'intervention serait moins facile dans ces tissus œdématiés, et le résultat, quelle que soit la technique employée, risquerait d'être compromis.

Dans les luxations anciennes, la majorité des auteurs préconise l'intervention chirurgicale. Nous estimons qu'il ne faut pas être aussi absolu, et que l'indication opératoire mérite d'être discutée. Il est certains cas, où les tendons luxés de façon irréductible, se sont constitué dans leur situation anormale une gaine séreuse et une sangle fibreuse, dans lesquelles ils jouent parfaitement. L'indolence est complète, la marche parfaite. Ce sont des cas où l'abs-

tention opératoire semble logique. Il est d'autres cas, où la réduction de la luxation est très facile, mais ne se maintient pas, sans que toutefois ces mouvements de réduction et de relaxation provoquent de douleur, où les muscles péroniers conservent tout leur volume et toute leur force. On ne voit guère quelle amélioration d'un état fonctionnel, à peu de chose près normal, amènerait l'intervention. C'est ainsi que chez son blessé, M. Mouchet déconseilla toute réduction sanglante craignant que l'intervention n'entraîne des lésions de synovite chronique adhésive, qui diminueraient la souplesse des articulations du cou-de-pied. Mais à côté de ces cas, où l'évolution s'est montrée parfois si favorable, que l'attention du blessé n'était pas attirée sur la déformation, il en est d'autres où la luxation devient une véritable infirmité. Certaines luxations, réductibles ou incoercibles, s'accompagnent de douleurs vives et de craquements à la moindre contraction des péroniers. Dans d'autres cas, les tendons, réintégrés dans leur loge, la quittent lors d'un effort quelconque ; leur luxation se traduit par une secousse douloureuse très pénible, dont la répétition peut rendre la marche très difficile, même parfois impossible. Dans d'autres observations, la marche est principalement gênée par l'affaissement de la voûte plantaire, le manque d'appui du talon antérieur. Ce sont ces luxations douloureuses, compliquées d'atrophie des muscles péroniers, d'effondrement du pied, qui seront justiciables de l'intervention.

Procédés opératoires

Depuis Daniel Mollière, qui, en 1879, pratiquait la ténotomie sous le cuboïde du long péronier latéral, procédé qui n'a plus qu'un intérêt historique, un grand nombre de techniques ont été proposées. Suivant que leurs auteurs admettaient, comme cause primordiale de la luxation, le défaut de profondeur de la gouttière malléolaire, ou l'insuffisance de la gaine fibreuse des tendons, deux ordres de procédés ont été préconisés. Les uns visent la reconstitution d'une forte sangle fibreuse, les autres l'approfondissement de la gouttière des péroniers.

A. — *Reconstitution de la sangle fibreuse*

1° La simple *suture de la sangle déchirée* a été pratiquée. Exner, en 1909, a, lors d'une luxation récente des deux tendons péroniers, obtenu la guérison par simple suture de la gaine déchirée et une immobilisation de quinze jours. Le plus souvent la guérison par ce procédé n'a été que transitoire. A l'occasion de nouveaux traumatismes, les ligaments, peu résistants, se sont redéchirés.

2° Certains auteurs ont proposé de renforcer la gaine fibreuse trop faible en rabattant sur les tendons un *lambeau périostique* prélevé sur la malléole péronière.

Lannelongue, en 1890, taille sur la face externe de la malléole un lambeau périostique, haut de 4 centimètres, large de 2, à pédicule postérieur. Il le rabat sur les tendons, autour de ce pédicule comme charnière, face cruentée en dehors, et suture son bord

postérieur à la gaine péritendineuse en arrière des tendons.

Kramer, en 1895, taille un lambeau périostique sur la malléole, haut de 4 centimètres, large de 2, mais à pédicule inférieur. Il le recourbe sous et derrière les tendons, ainsi complètement engainés, et le fixe au périoste de la face postérieure de la malléole, en dedans des tendons péroniers. Ce procédé fut appliqué par l'auteur dans un cas de luxation congénitale. Comme l'enfant, âgé de neuf mois, n'avait pas encore marché, il est difficile d'apprécier le résultat fonctionnel obtenu.

3° D'autres chirurgiens, pour renforcer ce lambeau rabattu, proposent de le tailler non plus périostique, mais *ostéopériostique*, à la rugine tranchante.

Kœnig et Kraske, en 1895, taillent un lambeau de même forme que celui de Kramer, mais détachent avec le périoste toute la couche compacte de la malléole, le rabattent en bas et suturent son bord libre au périoste du calcanéum.

Haberern, en 1902, propose de tailler le lambeau ostéo-périostique sur le calcanéum et d'aller le fixer sur la malléole. Il n'a d'ailleurs pas exécuté ce procédé.

Ruotte, en 1899, taille sur la malléole un lambeau ostéo-périostique à pédicule postérieur, qu'il rabat en arrière et fixe en place au moyen d'un catgut perforant la malléole. Il augmente ainsi l'épaisseur du bord externe de la malléole. A ce lambeau osseux rabattu, il suture le bord libre d'un lambeau uniquement périostique prélevé sur la face externe du calcanéum, à pédicule antérosupérieur, et rabattu en avant

Ces méthodes ont fait leurs preuves. Il est à noter cependant qu'elles exigent une longue durée de traitement. De plus, quelques malades opérés par Kœnig souffraient de la pression de la chaussure au niveau de la petite voussure osseuse due au rabattement du lambeau.

4° Lexer, en 1911, pratique pour la réfection de la sangle fibreuse, une *transplantation tendineuse*. Il prélève au poignet le tendon du grand palmaire, « dont le maintien est indifférent pour le bon fonctionnement de la main », et l'introduit dans un canal creusé d'avant en arrière dans la malléole, de telle façon que le tendon vienne former fronde autour des tendons péroniers et que ses deux chefs, passant à travers la malléole, viennent sortir à sa face antérieure, où ils sont fixés par des points de suture les réunissant au périoste. Par-dessus cet anneau tendineux, la gaine fibreuse des péroniers est reconstituée. Le résultat fonctionnel, d'après l'auteur, serait parfait.

B. — *Reconstitution d'une gouttière osseuse*

Toute une série de méthodes ont ici encore été proposées.

1° *Approfondissement de la gouttière malléolaire*. — Cheyne et Burchardt, Tillmans, Whitman, Monks, conseillent de creuser simplement à la gouge la gouttière péronière des tendons. Albertí, Maydl creusent à la rugine une gouttière à la face postérieure de la malléole et pour augmenter sa profondeur, décollent de la malléole un lambeau périostique qu'ils appliquent, face cruentée contre les tendons.

L'ostéogénèse ultérieure augmenterait la hauteur de la gouttière.

2° *Inclusion intra-malléolaire des tendons.* — Ce procédé a été décrit par Mauclaire en 1910. Un lambeau ostéopériostique, à base supérieure, à charnière inférieure est taillé dans l'épaisseur de la malléole. Dans le tissu spongieux malléolaire, la curette à lunette de Sédillot creuse un petit canal, oblique en bas et en avant où sont placés les tendons luxés. Le couvercle ostéopériostique est rabattu, fixé au périoste voisin par quelques points. Le pied est immobilisé vingt jours dans un appareil plâtré.

3° Enfin certains auteurs tentent d'empêcher les tendons de glisser de la gouttière osseuse en constituant sur son bord externe un véritable *parapet* osseux.

Kousmine taille dans la malléole un épais lambeau ostéopériostique, quadrangulaire, et plus haut que large, qu'il place de champ, perpendiculairement à la face externe de la malléole, et qu'il fixe dans cette position par deux clous de nickel, qu'il enlève ultérieurement. Il constitue ainsi une saillie osseuse qui maintiendra les tendons.

Enfin tout récemment Kelly (avril 1920) a proposé un nouveau procédé ostéoplastique. Il incise le périoste au devant des tendons luxés et le ruginant, le rabat en arrière, avec les tendons dont il a pris soin de ne pas ouvrir la gaine. Il donne alors à la base de la malléole un trait de scie, profond de 2 millimètres, perpendiculaire à l'axe du péroné, et à la pointe un trait de scie sagittal, parallèle à la face externe de la malléole au milieu de son épaisseur. Il

détache ainsi une plaque osseuse, mince en haut, épaisse en bas, qu'il fait glisser d'avant en arrière de quelques millimètres et qu'il fixe par deux vis. Pour donner à la gouttière rétromalléolaire une lèvre plus saillante sans trop déplacer en arrière le greffon, il conseille de lui imprimer une légère rotation faisant saillir sa pointe en arrière. Pour obvier à l'inconvénient des vis, Kelly préfère maintenant détacher de la partie moyenne de la face externe de la malléole un greffon en queue d'aronde, qu'il lui suffit de faire glisser sur place d'avant en arrière de quelques millimètres pour créer la lèvre osseuse cherchée.

Tous ces procédés ont donné à leurs auteurs d'excellents résultats. Il est à remarquer d'ailleurs que, sauf l'opéré de Lexer, qui n'a été suivi que trois semaines après sa transplantation tendineuse, et qui subit une intervention assez mutilante, tous les blessés ont été immobilisés de quinze à trente jours dans un appareil plâtré. Cette immobilisation est, croyons-nous, de première importance. C'est elle surtout qui guérit. Aussi pensons-nous, que, parmi toutes ces techniques, il faille choisir la plus simple, la moins mutilante, par suite la moins susceptible de réaliser de la synovite chronique, de l'ankylose. Les autoplasties par lambeaux ostéopériostiques risquent par l'irritation constante due aux déplacements des tendons de donner et des cals exubérants douloureux, supportant mal la chaussure et de la synovite adhésive amenant des douleurs, de l'atrophie musculaire, de la gêne de la marche. Dans ces interventions complexes, il est à craindre que le malade ne retire pas tout le bénéfice qu'il croyait en attendre. Aussi

estimons-nous, que parmi tous les procédés décrits, on fera bien de s'en tenir au vieux procédé tout français d'élégance et de sobriété, au procédé de Lannelongue, complété par une bonne immobilisation dans un appareil plâtré.

OBSERVATIONS

A. — LUXATIONS CONGÉNITALES

Obs. I (résumée). — *Luxation congénitale unilatérale* (Kramer). — Enfant de 9 mois, en bonne santé, ne présentant aucun arrêt de développement, et n'ayant jamais fait de tentative de marche, qui aurait pu amener un basculement du pied en dedans. Les parents remarquent par hasard que les tendons péroniers du pied gauche, d'ailleurs normalement conformé, passent en avant de la cheville avec un bruit perceptible lors des mouvements d'abduction et de supination, pour revenir à leur première position, dès que le pied était remis en extension. Cette luxation avait peut-être été favorisée par les changements fréquents de position du pied dans l'utérus.

L'intervention fut pratiquée après échec d'un traitement orthopédique. La gouttière osseuse était à peine marquée, il n'existait aucune sangle fibreuse. L'auteur employa son procédé autoplastique. La mobilisation fut commencée le vingtième jour. Le résultat fut excellent.

Obs. II (résumée). — *Luxation congénitale bilatérale* (Puyhaubert). — Cas d'autopsie chez un fœtus de huit mois et demi, syphilitique.

L'autopsie montra trois facteurs de luxation.

a) Une malformation ligamenteuse, aplasie et défaut d'attache postérieure du rétinaculum.

b) Une malformation de la malléole, situation très postérieure du péroné augmentant l'angle de réflexion tendineuse.

c) Une malformation de la gouttière malléolaire, sans doute primitive qu'il ne paraît pas rationnel de rattacher aux mouvements intermittents de luxation qui avaient eu lieu dans l'utérus.

Obs. III (résumée). — *Luxation congénitale bilatérale* (Puyhaubert) chez un pottique de trois ans.

En faisant marcher l'enfant, on découvre par hasard la luxation. Elle est plus accusée à droite, absolument indolore, réductible et intermittente. Les mouvements brusques de flexion et d'abduction, spontanés ou provoqués, font saillir les deux tendons, surtout le long, sur la face externe de la malléole. Les tendons reprennent leur place dès que le pied est au repos, mais le tendon long péronier déborde légèrement la malléole. La face postérieure de la malléole ne présente à la palpation qu'une gouttière peu profonde.

Les parents n'avaient jamais remarqué de déformation malléolaire. La marche est normale, les surfaces d'appui plantaire de même. Aucun traitement n'a été institué en raison du mal de Pott.

Obs. IV (personnelle). — *Luxation congénitale bilatérale*. — F... René, treize ans, consulte le 28 octobre 1920 pour une engelure au niveau de la tête du cinquième métatarsien droit. L'examen révèle une anomalie bilatérale des tendons péroniers latéraux.

L'enfant ne se rappelle jamais avoir eu d'entorses, jamais il ne s'est tordu le pied. Il a toujours très bien marché, et n'a jamais remarqué que ses pieds ne fussent pas normaux. Le pied, plat et valgus, est très développé (l'enfant chausse du 41). La surface d'appui plantaire est large, aucune douleur spontanée ou provoquée, aucune laxité particulière des articulations du tarse.

La malléole est épaisse, volumineuse, et rejetée en arrière, avec une face postérieure large, plane et mal limitée.

Dans l'extension du pied, les tendons péroniers restent derrière la malléole. Dans la flexion combinée à l'abduction, ils quittent brusquement, avec un faible claquement, la face postérieure de la malléole et glissent sur sa face externe. Bien qu'intéressant les deux tendons, la luxation est surtout marquée pour le long péronier, qui vient se placer contre le bord antérieur de la malléole. Le doigt remet facilement en place les tendons luxés : de même l'extension du pied. Mais la luxation ne peut se maintenir réduite tant que le pied est en flexion.

L'examen général ne révèle aucune laxité articulaire. L'enfant, élevé au sein, aurait marché à onze mois. Il n'aurait jamais présenté de rachitisme, ni de paralysie infantile.

La luxation des tendons n'amenant aucune gêne de la

marche, il n'est institué aucun traitement, on recommande seulement le port d'une guêtre bien serrée.

Obs. V (personnelle). — *Luxation congénitale unilatérale.* — B... J., 14 ans, est admis à l'hôpital Saint-Louis pour appendicite à froid. En examinant méthodiquement les tendons péroniers des enfants du service, nous constatons qu'il présente une luxation des tendons péroniers du pied gauche. Quand le pied est en extension ou au repos, les tendons suivent leur trajet normal derrière la malléole. Dès que l'enfant met le pied en abduction par la contraction de ses péroniers, les tendons abandonnent brusquement la face postérieure de la malléole et viennent croiser la partie moyenne de sa face externe. Le doigt perçoit en même temps un claquement. Cette manœuvre est absolument indolore, jamais l'enfant n'a eu de traumatisme du cou-de-pied. Celui-ci est parfaitement normal sans différence clinique ou radiologique avec le côté opposé. La malléole a sa situation normale. Le pied gauche est un peu plus plat que le droit. La voûte est légèrement abaissée, et la surface d'appui plantaire plus large. L'affection étant absolument indolente, aucun traitement n'est institué.

Obs. VI (personnelle). — *Luxation congénitale bilatérale.* — U... Henriette, 11 ans, est à l'hôpital pour un début de coxalgie vérifié à la radiographie. L'examen complet de l'enfant montre, que, dans les mouvements de flexion et d'abduction du pied, les tendons péroniers quittent brusquement leur gouttière, sans claquement toutefois, et viennent saillir comme une corde sous la peau, au niveau du bord antérieur de la malléole. La luxation disparaît dans l'extension du pied. L'indolence est complète.

Le squelette est normal ; l'enfant cependant a des pieds plats, présente un peu de diastasis malléolaire et quelques mouvements de latéralité du genou. La radiographie ne montre aucune anomalie de forme ou de situation de la malléole. L'anomalie est bilatérale, plus marquée à gauche. Aucune entorse, aucune douleur malléolaire dans les antécédents. L'anomalie n'avait jamais encore été remarquée.

Obs. VII. — *Luxation congénitale bilatérale.* — Bien que de nature nettement congénitale, cette observation sera rapportée plus loin (Observation VIII, des luxations traumatiques).

B. — LUXATIONS TRAUMATIQUES

Nous renvoyons pour les observations antérieures à 1904, à la thèse de Gauthier (Paris, 1904).

Obs. I (résumée). — *Luxation récente des tendons péroniers* (Exner). — Un jeune homme de 17 ans, en patinant, se tord le pied en dedans. Il fait effort pour le redresser et ressent un craquement et de violentes douleurs à la malléole externe. Les jours suivants un gonflement marqué rend impossible la moindre exploration. On porte à ce moment le diagnostic d'entorse tibiotarsienne, et la luxation des tendons péroniers n'est reconnue que le quatrième jour, quand l'œdème diminue. L'intervention pratiquée le dixième jour montre une déchirure du seul rétinaculum supérieur et de la gaine tendineuse. Cette gaine et le retinaculum sont reconstitués, immobilisation pendant quinze jours dans un appareil plâtré. Le malade se lève le seizième jour et marche avec un appareil prothétique à attelles métalliques, qu'il garde un mois. Résultats anatomique et fonctionnel parfaits.

Obs. II. — *Luxation ancienne des tendons péroniers* (Mauclaire). — Dix ans auparavant, à l'âge de 15 ans, le malade se luxe les deux tendons péroniers gauches en se tordant le pied. Depuis la luxation a persisté sans aucune amélioration. Les tendons maintenus derrière la malléole dans l'extension, glissent sur la face externe de la malléole dans la flexion du pied. La marche est pénible, légèrement douloureuse. Le pied est en valgus, les muscles péroniers ne sont pas atrophiés. Il est à noter que depuis l'âge de douze ans cet homme présente des signes de syringomyélie (contracture du membre inférieur gauche, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, troubles trophiques des orteils, parésies, momentanées). Cette affection peut expliquer dans une certaine mesure la laxité de la sangle fibreuse. Il est pratiqué chez ce sujet une inclusion intra-malléolaire des deux tendons luxés, suivie d'une immobilisation du pied pendant vingt jours dans une gouttière plâtrée. Puis essais progressifs de marche. Le résultat est bon. Le malade ne souffre plus en marchant, le pied ne se dévie plus en valgus, mais la voûte plantaire s'aplatit lors de la marche. Les tendons glissent dans le canal sans y adhérer.

Obs. III. — *Luxation isolée du long péronier latéral gau-*

che (Tranchant). — Un lieutenant de trente-deux ans, pour éviter une chute en avant, contracte violemment les muscles de la jambe gauche, et ressent une douleur très vive à la partie postéro-externe du cou-de-pied. Bientôt celui-ci est le siège d'un gonflement très marqué. Douleurs et gonflement disparaissent pas le repos au lit, et quelques jours après la marche, assez facile, se fait sans douleurs.

En faisant fonctionner l'articulation, on fait saillir le tendon long péronier latéral, comme une corde mobile sous la peau, en avant et au-dessus de la malléole externe. La luxation est facilement réductible, mais se reproduit aussitôt sans craquements ni douleurs. Jamais d'entorses antérieures. La malléole est normale. Bien que le pronostic porté soit grave et qu'on conseille l'opération, le blessé refuse tout traitement. La luxation par la suite se reproduit de moins en moins. Trois mois après, la guérison est complète.

Obs. IV. — *Luxation des tendons péroniers de cause directe* (Worms). — Une roue de voiture passe sur la face externe du cou-de-pied droit d'un jeune garçon de quinze ans. Le pied, tourné en dehors, reposait sur le sol par son bord interne. Le diagnostic d'entorse tibiotarsienne fut porté. La région était très œdématiée, les mouvements douloureux. Le traitement consista en repos et massages. Le blessé n'eut que peu de temps une gêne légère de la marche et quelques vagues douleurs. Revu sept ans après, il ne présente aucune impotence. La surface d'appui plantaire est normale. La luxation est double. Le long péronier latéral est en luxation permanente, irréductible, et joue parfaitement dans une gaine fibreuse suffisante, qui s'est constituée sur la face externe de la malléole légèrement excavée en gouttière. Le court péronier latéral peut être réintégré dans la gouttière malléolaire par un mouvement de circumduction du pied, mais se luxe à volonté (luxation récidivante), produisant chaque fois un bruit sec, un claquement. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, d'aucune fatigue dans le pied. Les péroniers n'ont leur fonction en rien entravée. Aussi ne prescrit-on aucun traitement.

Obs. V (résumée). — *Luxation tendineuse unilatérale des péroniers* (Lexer). — 1° Un homme de vingt-trois ans ressent brusquement, lors d'un exercice d'équitation, une douleur à la partie externe du cou-de-pied gauche et ne peut appuyer le pied sur l'étrier. Cette douleur est très passagère,

et l'année se passe sans aucun trouble, malgré de longues excursions en montagne ;

2° L'année suivante, au cours d'une partie de tennis, comme il attendait, fortement appuyé sur le bord externe du pied gauche, l'envoi de la partie adverse, il ressentit une forte secousse et une vive douleur à la partie externe du pied. L'impotence fut complète. On songea à une entorse. Un appareil plâtré fut maintenu six semaines. Le malade se crut pleinement guéri ;

3° Quelques mois plus tard, la même douleur soudaine se reproduit en nageant, mais beaucoup moins intense. Depuis il se plaint de secousses douloureuses survenant journellement, soit à l'occasion d'efforts, ou même lors de la marche ou de la simple station debout.

Le cou de pied est normal, mais les deux tendons se luxent facilement sur la malléole avec un bruit de craquement. Leur réduction se fait aisément dès qu'ils ne sont plus tendus. Les tendons furent maintenus dans la gouttière rétromalléolaire, par la constitution d'un anneau fibreux aux dépens du tendon du grand palmaire solidement fixé à la malléole, et par suture de la gaine. Le pied ne fut pas immobilisé. Le massage fut précoce, et la marche permise au vingtième jour.

Obs. VI (résumée). — *Luxation récidivante du tendon long péronier latéral au-devant de la malléole externe* (R. Bonneau). — Un maçon de vingt-sept ans, en sautant, se tourne brusquement le pied en dehors. La douleur est peu vive. Le blessé rentre chez lui en marchant. Examiné quinze jours après, il présente un déplacement intermittent du tendon du long péronier latéral. Celui-ci reste en place si le malade marche lentement, le pied bien à plat. Mais s'il marche vite, s'il fait un faux mouvement, brusquement le déplacement se produit rendant impossible tout travail. Le tendon luxé réintègre sa place dans la gouttière rétromalléolaire, soit quand le malade baisse fortement la pointe du pied en dehors, soit par une légère pression d'avant en arrière.

A l'intervention, les deux tendons péroniers, le long luxé à la surface de la malléole, le court restant dans la gouttière, sont trouvés contenus à l'intérieur d'une cavité séreuse artificielle : celle-ci, formée aux dépens de la gaine normale qui entoure les tendons péroniers et du tissu cellulaire voisin contient un liquide séreux ambré. La gaine fibreuse est

rompue en avant à son insertion sur le bord postérieur de la malléole. Elle est reconstituée par bascule d'un lambeau périostique suivant la technique de Lannelongue.

Le résultat opératoire est excellent. Le tendon reste à sa place et possède toute la mobilité désirable.

Obs. VII (résumée). — *Luxation antérieure des tendons péroniers* (M. Booth Miller). — A la suite d'une chute et de violents efforts de redressement, un homme de vingt-huit ans est soigné pendant six semaines pour une entorse double. Mais la douleur était beaucoup plus vive du côté droit où il avait eu l'impression d'avoir été frappé. Il est examiné trois mois après. La cheville gauche est normale, guérie de son entorse. A droite, les deux tendons sont luxés sur la face externe de la malléole ; la réduction de la luxation ne peut être maintenue. Indolence complète. Pas d'atrophie musculaire. Les troubles fonctionnels sont peu marqués. Ils se bornaient à un peu d'insécurité de la démarche, quelquefois une sensation de torsion de la cheville, une diminution légère de la force du membre. Le blessé présentait aussi un double pied plat, très marqué, de début très antérieur à l'accident, et qui n'avait été nullement affecté par lui. Le blessé, à peine incommodé par sa lésion, refusa toute intervention.

Obs. VIII. — *Luxation traumatique des tendons péroniers du côté droit. Luxation congénitale des tendons péroniers du côté gauche.* (Observation due à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Mouchet). — M. , ans, danseur dans un théâtre, éprouve tout à coup pendant une figure de danse une sensation de craquement au cou-de-pied droit (Il retombait d'une assez grande hauteur sur la pointe du pied, qui, sous son poids, se fléchissait violemment), ressent une douleur très aiguë et doit quitter la scène, ne pouvant même pas marcher. On porte le diagnostic d'entorse tibiotarsienne (gonflement très marqué de toute la région malléolaire, douleur exquise au niveau de la malléole externe) : le blessé est soigné pendant deux semaines par des bains chauds et des massages, qui amènent la disparition rapide de l'œdème, puis des douleurs.

Quatre mois après l'accident, en raison d'une expertise médico-légale, M. Mouchet examine le blessé et constate une luxation antérieure chronique des deux tendons péroniers latéraux de la jambe droite. Ceux-ci sont sentis sur la partie antérieure de la face externe de la malléole péronière,

sous forme de deux cordons arrondis, saillants sous la peau, indolores et mobiles, lisses et durs, roulant sous le doigt. Il est facile de les faire glisser d'avant en arrière et de les refouler dans leur loge normale, rétromalléolaire, où ils rentrent sans claquement, mais ils n'y restent pas et reviennent immédiatement en avant sur la face externe de la malléole. Ces mouvements de va-et-vient ne sont pas douloureux. Le blessé peut lui-même réduire à volonté sa luxation, en étendant le pied, et la reproduire en le fléchissant. Le squelette de la jambe et du pied ne présente aucune anomalie. Les articulations voisines ont leur jeu normal. Les mouvements du pied sur la jambe se font librement. La gouttière malléolaire semble normale.

Du côté opposé on constate un degré moins marqué de luxation des tendons péroniers. Le blessé pourtant ne se souvient à aucun moment avoir présenté à ce pied des accidents analogues à celui qui avait atteint son pied droit, ni même d'entorse. A gauche, le tendon du long péronier latéral est déplacé de sa loge rétromalléolaire, qui paraît cependant normalement conformée, et se meut sur la face externe de la malléole dans sa moitié postérieure. On peut déplacer le tendon d'avant en arrière, le replacer derrière la malléole. Mais il ne reste pas dans cette position et revient de lui-même sur la face externe de la malléole. La luxation ne se maintient réduite que lorsque le pied est porté en équinisme forcé. La luxation n'intéresse que le tendon du long péronier. Le court péronier latéral au contraire reste dans sa loge pendant tout le temps de l'examen.

Les tendons se trouvent ainsi constituer la corde de l'arc qu'ils décrivent normalement derrière la malléole et en dessous d'elle. Leur angle de réflexion disparaît. Cette double luxation est réductible, mais incoërcible.

Ces lésions s'accompagnaient d'un cortège très minime de troubles fonctionnels. Il n'existait aucune douleur, aucun œdème du pied. Les muscles péroniers, tant à droite qu'à gauche, n'étaient nullement atrophiés. La marche était normale. La voûte plantaire au repos conservait sa concavité, mais s'aplatissait très légèrement pendant la marche, sans d'ailleurs gêner le malade. Seuls certains pas de danse restaient difficiles.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue. Il est hors de doute, que la

luxation survenue pour une cause minime — légère torsion du pied lors d'un pas de danse — ne s'explique que par un état antérieur prédisposant à cette lésion. Le côté droit, atteint par le traumatisme, présentait sans doute le même aspect que le gauche. Des deux côtés il y avait une faiblesse extrême des gaines tendineuses, et c'était cette aplasie qui vraisemblablement rendait possible l'exécution des pas compliqués de ces danses. Cette atrophie était, croyons-nous, congénitale, la laxité ligamentuse augmentant d'ailleurs du fait de la répétition quotidienne de ces exercices. Cette observation présente enfin un intérêt plus pratique. Cette luxation constitue-t-elle un accident du travail ? La compagnie d'assurances arguait de la bilatéralité des lésions pour en démontrer l'existence antérieure. L'expertise admit au contraire que l'accident présentait bien les caractères de début soudain et survenu lors d'un exercice professionnel. Enfin l'observation pose le problème du traitement. Chez ce blessé l'incapacité permanente partielle est réelle, mais très réduite. Aussi l'opération est-elle jugée inutile. Un traitement orthopédique améliorera mieux le blessé qu'une intervention sanglante, qui risque de dépasser le but, et de gêner, en donnant plus de fixité aux tendons, les mouvements de torsion du pied, si nécessaire chez un danseur.

CONCLUSIONS

Les tendons péroniers sont maintenus derrière la malléole péronière dans une gouttière, qui les contient mal, par une sangle fibreuse prolongeant au cou-de-pied la gaine jambière de ces muscles. L'insuffisance congénitale de cette sangle est la cause de la luxation des tendons. La sangle peut être absente ou très atrophiée (luxation dite congénitale), ou bien, suffisamment résistante pour le jeu normal des tendons, cède à leur brusque tension en abduction (luxation traumatique). Dans tous les cas la luxation traumatique implique des lésions dégénératives antérieures de la gaine. Un individu, à gaine normale, qui se tord le pied en dehors, se fait une entorse ou une fracture malléolaire, jamais une luxation des péroniers.

La luxation congénitale, indolore, est découverte par un examen fortuit. Sa bénignité ne la rend pas justiciable du traitement sanglant.

La luxation traumatique, caractérisée à son début par une douleur vive et un gonflement rapide du cou-de-pied, est confondue presque toujours avec une entorse tibiotarsienne. Elle peut être irréductible, réductible, incoercible, intermittente.

La luxation traumatique récente sera traitée par les seuls moyens orthopédiques. Parmi les luxations anciennes, les unes incommode très peu les sujets qui en sont atteints, et ne relèvent pas de l'intervention chirurgicale. D'autres au contraire s'accompagnent de douleurs, d'atrophie musculaire, d'affaissement de la voûte plantaire, signes liés sans doute à des complications de synovite. C'est à ces luxations mal supportées que s'adresse le traitement opératoire. Parmi tous les procédés on s'en tiendra

au plus simple, au moins mutilant, à celui de Lannelongue, par exemple. Mais toute intervention sera suivie d'une immobilisation prolongée dans un appareil plâtré, pendant laquelle on massera les corps charnus des péroniers et on mobilisera les orteils. La luxation des tendons péroniers en effet nous semble beaucoup plus qu'une affection chirurgicale, une affection orthopédique.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Jarjavay*. — Gazette hebdomadaire, 1867, p. 325, 357, 387.
2. *Legouest*. — Gaz. des Hôp., 1868, p. 191.
3. *Blanluet*. — Th. de Paris, 1875.
4. *Gutierrez*. — Th. de Paris, 1875.
5. *Beach*. — Boston Med. and Surg. Journal, 1876. March 2, n° 31.
6. *Grandmont (Gillet de)*. — France médicale, 1878, p. 236.
7. *Mollière (Daniel)*. — Lyon médical, 2 nov. 1879.
8. *Wertheimer*. — Bulletin Soc. Méd. du Nord, Janvier 1882.
9. *Herlinville (Balard d')*. — Th. de Paris, 1890.
10. *Kraske*. — Centralblatt für Chir., 1895, n° 24, p. 569.
11. *Kramer*. — Centralblatt, 6 juillet 1895.
12. *Staffel*. — Centralblatt, 5 octobre 1895.
13. *Walsham (Allen)*. — British Medic. Journal, 2 et 9 nov. 1895.
14. *Perimoff*. — Revue de Chirurgie, 1896, p. 679.
15. *Schœrmayer*. — Centralblatt für Chir., 1897, p. 846.
16. *Munro-Smith*. — British Medic. Journal, 1897, p. 1216.
17. *Kœnig*. — Centralblatt für Chir., 1898, p. 25.
18. *Tellier*. — Th. de Lyon, 1899.
19. *Tillmanns*. — Textbook of Surgery. N.-Y., 1899, p. 510.
20. *Monks*. — International Textb. of Surg. Phil., 1900, p. 758.
21. *Cheyne et Burchardt*. — Manual of Surg. Treatment. Phil., 1900, p. 237.
22. *Whitman*. — Treat. on orthopœdic Surgery. N.-Y., 1901, p. 555.
23. *Reerinck*. — Centralblatt. für Chir., 12 janv. 1901.
24. *Haberern*. — Deutsche Z. für Chir., 1902, Bd. LXII, p. 191.
25. *Gaulhier*. — Thèse de Paris, 1903-1904.
26. *Ruotte*. — Archives de Thérapeutique, 1905, p. .
27. *Ombredanne*. — Nouveau Traité de Chir., fasc. IX, p. 121 à 130, éd. 1907.

28. *Hildebrandt*. — Deutsche Zeitschrift für Chir., 1907, p. 526.
29. *Puyhaubert*. — Revue d'orthopédie, 1^{er} juillet 1908, n° 4.
30. *Tracy*. — Note sur le traitement de la dislocation des tendons péroniers (Interstate Med. Journal, t. XVI, n° 3, mars 1909, p. 200 et 201).
31. *Exner*. — Centralblatt für Chir., 1909, p. 1794.
32. *Ehrlich*. — Centralblatt für Chir., 1910, p. 118.
— XXXIX^e Congrès de la Soc. Allemande de Chirurgie. Berlin, 30 mars, 2 avril 1910.
33. *Maucclair*. — Inclusion intramalléolaire des tendons péroniers luxés (Arch. Gén. de Ch., an IV, t. VI, n° 7, 25 juillet 1910, p. 718).
34. *Tranchant*. — Luxation des tendons péroniers latéraux (Archives de Méd. et de Ph. Militaires, t. LVI, n° 9, sept. 1910, p. 182).
35. *Worms*. — Soc. Anatomique, 9 juin 1911.
36. *Lexer*. — Opération pour luxation récidivante des tendons péroniers, 9 nov. 1911 (Soc. des Sc. Nat. et Méd. d'Iéna. Section de Médecine).
37. *Bonneau*. — Société des Chirurgiens de Paris, 24 mars 1911.
38. *Eden*. — Traitement de la luxation des tendons péroniers latéraux (Münchener Med. Woch., n° 12, 19 mars 1912).
39. *Morris Booth Miller*. — Luxation antérieure des tendons du long et court péroniers (Bull. et Transact. de l'Ac. de Chir. de Philadelphie, 1^{er} avril 1912).
40. *Muskat*. — Die Therapie der Gegenwart. Berlin, t. LV, n° 7, juillet 1914.
41. *Kelly (R.-E.)*. — Traitement opératoire de la luxation chronique des tendons péroniers (British Journal of Surgery de Bristol, t. VII, n° 28, avril 1920).

Vu : le Président de la thèse

A. BROCA

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPELL

